

DE

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Août 1883

Par **Xavier MATHIEU**

Né à PÉZENAS (Hérault).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE. — ÉDITEURS DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✚..... DOYEN
 CASTAN } ASSESSEURS
 COMBAL ☼ }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✚, Doy. H.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✚.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✚.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ☼.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ☼.
Physique médicale.....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATILLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. REGIMBEAU ☼.
PECHOLIER.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	DUMAS fils.
DE GIRARD.	BIMAR.	BLAISE.
SERRE.	LANNEGRACE.	VILLE.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. BOUISSON, président ;
 JAUMES professeur ;
 GAYRAUD, agrégé ;
 GRYNFELTT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES

Trop faible témoignage de reconnaissance.

A LA MEILLEURE DES MÈRES

*C'est à vous que je dois ce que je
suis aujourd'hui. En retour de votre
dévouement sans bornes, acceptez ce
faible témoignage de mon affection
filiale.*

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

Restons toujours unis.

X. MATHIEU.

A MA BELLE-SŒUR ET A MON NEVEU

A MON GRAND-ONCLE

L'Abbé BARASTON

Témoignage d'affection et de respect.

AU MEILLEUR AMI DE LA FAMILLE

Monsieur l'Abbé ESCLAFIT

Aumônier des Ursulines, Chanoine honoraire de Besançon.

A TOUS MES PARENTS

X. MATHIEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BOUISSON

A MES MAÎTRES, MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

Tédenat, Ville, Baumel, Bimar, Blaise, Roustan, Serre, Chalot,
Gayraud.

X. MATHIEU.

A MES MEILLEURS AMIS ET CONFRÈRES, LES DOCTEURS

F. BLANC, J. BUARD, C. PEYRAUBE, C. LAPEYRE, E. PILATE,
J. PEYRET D'ORTAIL, RIZU.

A MON AMI

Henri BLANC

Pharmacien de 1^{re} Classe.

A MON MEILLEUR AMI D'ENFANCE

l'Abbé Elisée LAZAIRE

Docteur en Théologie, Secrétaire du Cardinal Pitra.

A TOUS CEUX QUI M'AIMENT

X. MATHIEU.

INTRODUCTION

Dans le cours de nos études médicales, il nous a été donné d'observer à l'hôpital Saint-Éloi, au mois de septembre 1881, dans le service de M. Tédénat, un cas d'exostose sous unguéale. Bien que les hasards de la clinique ne nous en aient fourni pour notre part qu'un seul exemple, nous l'avons cru digne d'attirer notre attention, et nous l'avons choisi pour sujet de notre Thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de présenter une œuvre originale ; les divers travaux antérieurs, ceux de Dupuytren, de Legoupils, de Debrou, de Dolbeau, de Gosselin, de Richet, de Cornil et Ranvier, et tout récemment, en 1882, la Thèse de Pedro Osorio, montrent assez avec quel soin minutieux cette question a été étudiée.

La thèse de Legoupils est un modèle qu'il serait difficile de dépasser et même d'égaler.

Notre but est ici des plus modestes ; nous voulons seulement faire preuve de bon vouloir et donner une vue d'ensemble sur l'affection que nous nous proposons d'étudier.

Voici l'ordre que nous avons suivi : quelques mots d'Historique au début, l'étude des Causes, l'Anatomie pathologique, la Symptomatologie, le Diagnostic, le Pronostic, la Marche et la Durée, puis le Traitement, et enfin les Observations, que nous ne pouvons produire qu'au nombre de six, dont une personnelle.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur agrégé Tédénat, qui nous a aidé dans ce travail de ses bons conseils, et dont le concours nous a été des plus utiles ; qu'il reçoive donc l'expression de toute notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553810_0099

DE

L'EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE

HISTORIQUE.

L'exostose sous-unguéale est une affection rare et qu'on a peut-être, pour cette raison, longtemps méconnue. Ce n'est en effet qu'au commencement de ce siècle, comme le dit très bien Fontanel dans sa Thèse inaugurale, qu'on l'a tirée du fouillis pathologique où elle était confondue avec d'autres affections pour en faire une entité morbide.

C'est à Dupuytren que revient le mérite d'en avoir le premier, en France, donné une description claire et méthodique ¹.

En Angleterre, Liston, bien avant Dupuytren, avait déjà insisté sur cette affection. Duncan, en 1826, dans un article publié dans le *Journal d'Édimbourg*, considère le grand chirurgien d'outre-Manche comme étant le premier à connaître et à décrire la maladie. A. Cooper en avait également dit quelques mots avant Dupuytren. Legoupils a étudié sérieusement la question et déclare ne rien avoir trouvé dans les auteurs antérieurs à André (chirurgien de Versailles) ni même chez les contemporains : A. Paré, de La Mothe, etc.

Legoupils, dans sa Thèse, signale une observation d'André qui date de 1756 et qui a trait à l'exostose sous-unguéale. André avait donc signalé cette tumeur avant Dupuytren. Velpeau, Roux et Blandin s'en sont tour à

¹ Dupuytren; *Leçons orales*, tom. II, pag. 110.

tour occupés. Pour Dupuytren, Legoupils, Velpeau et Lisfranc, ce genre de tumeur aurait pour origine le squelette de la phalange et leur nature serait des productions osseuses.

Depuis lors, d'assez nombreuses observations ont attiré l'attention des chirurgiens et les documents se sont peu à peu multipliés.

Dolbeau, Richet et Gosselin ont fait des leçons cliniques sur ce sujet.

Voici à peu près les ouvrages que j'ai consultés :

- DUPUYTREN. — Leçons orales, tom. II, pag. 110.
LISFRANC. — Médecine opératoire, tom. II, pag. 660.
VELPEAU. — Médecine opératoire, tom. I, pag. 466.
MALGAIGNE. — Revue médico-chirurgicale, 1853, tom. XIV, pag. 368.
LEGROUPILS. — Thèse de Paris, 1850.
GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité, tom. I.
DOLBEAU. — Leçons de clinique chirurgicale, 1867.
VIRCHOW. — Tumeurs.
SOULIER. — Thèse de Paris.
NICAISE. — Gazette médicale de Paris, 1^{er} mai 1875.
CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique, 1869.
BORDE. — Thèse de Paris, 1875.
FONTANEL. — Thèse de Paris, 1877.
PEDRO OSORIO. — Thèse de Paris, 1882.
ANDRÉ. — Thèse de Paris, 1868.
DEBROU. — Gazette hebdomadaire, 1860, pag. 355.
TRÉLAT. — Bull. Société anat., 1874, pag. 239.
-

ÉTIOLOGIE.

On a cherché pendant bien longtemps à assigner une cause à l'exostose sous-unguéale ; un grand nombre d'auteurs éliminent toute cause première et prétendent que le traumatisme, admis par quelques-uns, n'agirait que pour révéler l'affection qui était restée latente. Cette tumeur siégeant toujours ou presque toujours à l'index de la main ou au gros orteil du pied, parties les plus accessibles au choc, nous n'hésitons pas à nous ranger du côté de ceux qui admettent l'influence du traumatisme.

D'après Legoupils, le développement de l'exostose sous-unguéale du gros orteil serait dû à l'étroitesse des chaussures. « Ne cherchez, pas dit-il, la cause en dehors des chaussures. Le gros orteil, le plus puissant par son volume et par sa longueur, pose directement à plat ; les quatre autres, rangés sur une ligne oblique, pressés les uns contre les autres, reposent en grande partie sur leur pulpe, de façon que l'ongle est obliquement situé de haut en bas et d'arrière en avant. Dans cet agencement, quelles sont les parties qui se prêtent à la pression des chaussures ? Évidemment la face externe du petit orteil, les articulations des phalanges entre elles, l'ongle et l'extrémité libre, ainsi que le bord du gros orteil. Les points désignés pour les quatre derniers doigts se trouvent être le siège favori des cors ; le bord interne du gros orteil est également celui de l'ongle incarné ; autant d'accidents qui sont dus à la chaussure trop étroite. L'analogie me force à conclure que la compression qui les produit doit en produire d'un autre ordre quand elle vient à tomber sur l'ongle du gros orteil. Cette conclusion touche à l'évidence quand on réfléchit à l'âge des sujets qui généralement contractent l'exostose. Peu âgés, leur pied se trouve bientôt à l'étroit dans une chaussure primitivement de bonnes dimensions ; que sera-ce quand la chaussure est primitivement trop juste, comme les jeunes filles qui veulent avoir un pied mignon ?

Nous sommes de l'avis de Dolbeau, qui prétend que l'exostose sous-

unguéale devrait être bien plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité si elle était due à l'étroitesse de la chaussure. Quelle est en effet la jeune fille qui n'est pas disposée, pour se plier aux caprices de la mode, à se serrer outre mesure dans ses chaussures ?

Ceux qui font de l'exostose sous-unguéale une tumeur uniquement sarcomateuse, s'appuient sur l'existence d'autres tumeurs de même nature, siégeant à différentes parties du corps et développées par des pressions continues ou réitérées. Voici deux cas de tumeurs que nous empruntons à la Thèse de Fontanel

Vix (*Arch. klin. Chirurg.*, 1862, pag. 102) décrit un sarcome du vertex qui s'était formé à une place dépourvue de cheveux et souvent pressée par les charges qu'elle supportait.

Birket (*The Lancet*, 1864, vol. I, pag. 206) rapporte qu'un jeune homme de 19 ans présentait à l'avant-bras droit, juste à la place où passait l'anse d'un panier qu'il portait d'habitude, une tumeur dont l'extirpation démontra la nature fibro-plastique ; elle siégeait sous le muscle fléchisseur superficiel.

Quant aux causes prédisposantes, la statistique fournie par plusieurs auteurs nous force à les admettre.

Sexe.—Legoupils cite dans sa Thèse dix-sept cas, dont seize se rapportent au sexe féminin et un au sexe masculin ; Hutchinson en cite seize chez les jeunes filles et deux chez les jeunes gens. La proportion est exagérée sans doute ; mais il n'en est pas moins vrai, d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, que le sexe féminin serait plus sujet à cette affection que le sexe masculin.

A quoi tiendrait donc cette influence, du moins cette disposition ? Nous devons nous en tenir au point d'interrogation, les auteurs n'admettant aucune espèce de diathèse. Gosselin, dans son *Traité de clinique chirurgicale*, s'exprime ainsi : « Je suis absolument incapable de vous expliquer cette prédilection pour le sexe féminin, prédilection que vous ne rencontrez pas pour les autres maladies de l'adolescence ».

Adolescence. — L'exostose sous-unguéale est sans contredit une maladie

de l'adolescence. Dupuytren, Legoupils, en un mot tous les auteurs qui ont écrit sur cette tumeur, sont d'accord à admettre l'influence de l'âge. Bessnier¹ dit à ce sujet « Un seul fait hors de contestation, c'est que la tumeur sous-unguéale se développe exclusivement dans la jeunesse proprement dite, à cette période de l'existence où l'évolution du tissu osseux est active et où son développement n'est pas encore complet. Aussi me paraît-il assez naturel de penser que cette coïncidence n'est pas fortuite et que la variété dont il s'agit doit être rattachée à une déviation spontanée ou irrégularité locale dans l'évolution du tissu osseux, irrégularité qui emprunte son importance à la région qui en est le siège. »

Dupuytren rapporte cinq cas dont les sujets avaient de 20 à 25 ans. Gosselin a observé un cas chez un malade de 47 ans, mais il s'empresse d'ajouter, en le consignait, qu'il n'en reste pas moins vrai que l'exostose sous-unguéale est, au même titre que l'ongle incarné, une maladie de l'adolescence, et il donne de la manière suivante l'explication de ce fait, resté obscur pour la plupart des chirurgiens : « Cela tient, dit-il, à ce que l'exostose sous-unguéale est rare, et à ce que chaque chirurgien n'en ayant vu qu'un petit nombre d'exemples, et ne les ayant vus que de loin en loin, a pu considérer comme un effet du hasard l'âge des sujets qu'il observait.

Pour moi, je n'ai conservé que l'indication de huit malades ; sept d'entre eux étaient âgés : deux de 19, deux de 20, un de 21, un de 24, un de 25 ans ; mais chez tous les sept la maladie avait commencé un ou deux ans avant l'époque où je les voyais pour la première fois. J'ai dit tout à l'heure que j'avais vu un sujet de 47 ans ; cela prouve que, comme pour l'ongle incarné, il y a possibilité de développement chez l'adulte, mais la chose est exceptionnelle et nous pouvons considérer comme une règle que l'exostose sous-unguéale est encore une maladie de l'adolescence. Comme nous le verrons plus loin dans l'Anatomie pathologique, le travail d'ossification est encore actif à cette époque de la vie, aussi bien sous le périoste que dans l'épiphyse ; aussi pouvons-nous comprendre que de l'exagération du travail normal d'ossification puisse en résulter des produits permanents appelés exostoses.

¹ Bull. Soc. anat., 1861.

Tous les auteurs, entre autres Gosselin, repoussent toute idée de diathèse, soit syphilitique, soit scrofuleuse, très peu de cas ayant été observés sur des sujets atteints de ces dernières diathèses¹ ; cependant Ricord, dans son *Traité des maladies vénériennes*, prétend qu'il n'est pas probable qu'il y ait des tissus qui aient l'heureux privilège d'échapper aux ravages de la syphilis. En résumé, nous dirons, avec Osorio, que la prédisposition c'est l'âge peu avancé des sujets, c'est l'état correspondant de leur système osseux en voie très active d'ossification ; la cause efficiente c'est le choc, c'est le frottement plus ou moins prolongé portant sur l'extrémité osseuse et provoquant facilement dans ces conditions l'exagération de la formation osseuse sous-périostique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'entreprendre l'anatomie pathologique de cette tumeur, il est bon de donner la description anatomique et le développement de la phalangelette. Ce dernier point nous mettra sur la voie du diagnostic de ce genre de tumeur.

ANATOMIE. — Les anatomistes considèrent à la phalangelette un corps et deux extrémités. Le corps diminue de volume de haut en bas. La face postérieure ou dorsale, la seule qui nous intéresse dans notre cas, est convexe. Les bords sont concaves et plus épais que ceux des phalanges. L'extrémité supérieure présente deux cavités glénoïdes séparées par une crête antéro-postérieure peu prononcée. Ces deux cavités s'articulent avec les condyles de l'extrémité inférieure de la phalange supérieure. Sur les bords des deux cavités existent deux tubercules qui donnent attache aux ligaments latéraux. On trouve en arrière de la surface articulaire une saillie demi-circulaire à laquelle vient s'insérer le tendon de l'extenseur du pouce. L'extrémité inférieure est demi-circulaire, inégale et rugueuse. La partie postérieure de cette extrémité représente une sorte de fer-à-cheval obliquement dirigé de la face palmaire vers la face dorsale.

La face postérieure est recouverte de haut en bas : 1° par la peau ; 2° le tissu cellulaire sous-cutané ; 3° le tendon extenseur des doigts ; 4° le périoste. L'extrémité inférieure est recouverte par l'ongle qui est contenu dans un repli du derme,

EMBRYOLOGIE. -- La phalangelette se développe par deux points d'ossification : un point primitif qui produit le corps et l'extrémité inférieure, et un point complémentaire pour l'extrémité supérieure.

Le point primitif apparaît dans la seconde moitié du troisième mois de la vie intra-utérine. Il occupe la partie moyenne du corps. Le point com-

plémentaire naît de 6 à 7 ans et ne se soude au corps qu'à 16 à 17 ans. MM. Longe et Mer ont découvert que, conformément à ce qui se passe dans l'ossification des os du crâne, la partie supérieure de la phalangette se transformerait directement, chez l'homme et chez le singe, de tissu conjonctif en tissu osseux. La persistance de ce travail ou sa provocation traumatique, pourraient expliquer les productions périostales, c'est-à-dire celles qui sont entourées de toute part par du tissu fibreux; ils ont fait des études sérieuses sur l'ossification des phalanges. Je leur emprunte le passage suivant d'une Note qu'ils ont fait paraître dans la *Gazette Médicale*, et qui a trait à un examen histologique fait sur un embryon humain au point de vue de l'ossification de la phalange unguéale.

« J'ai pratiqué, dit Mer, sur l'index une coupe longitudinale, de la face palmaire à la face dorsale. La phalange unguéale présente à sa partie terminale une forme toute particulière; le cartilage qui la constitue paraît se rétrécir subitement, en même temps que la substance interposée aux cellules cartilagineuses change de nature. Cette zone, qui a presque la forme d'un dé à coudre, est surmontée à son tour de substances osseuses. Celle-ci forme une masse terminale qui tranche sur tout le reste par sa teinte plus foncée; elle est très déchiquetée et offre quelques petites cellules avec un noyau, mais sans canalicules.

Cette substance osseuse est analogue à celle des os du crâne, ses bords n'ont pas de limite nette, des jetées sinueuses s'avancent irrégulièrement au milieu du tissu ambiant, et l'une d'elles, située du côté palmaire, mais parallèle à l'axe du doigt, forme une pointe très saillante au-dessus de la masse principale; on la retrouve à la coupe transversale sous la forme d'une lame.

Tout porte donc à croire qu'en ce point l'ossification a lieu d'emblée, sauf à se continuer ensuite par le cartilage. Cet os, formé directement, surmonte une masse osseuse d'un caractère tout particulier: c'est celle qui a la forme d'un dé à coudre. Elle présente une substance amorphe, moins transparente que celle du vrai cartilage de la phalange. Cette différence est surtout manifeste à la base du dé où s'effectue le passage au cartilage proprement dit; on voit une ligne sinueuse, foncée, emprisonnant à demi

des chondroplastes mitoyens. Il n'est pas douteux que l'on ait affaire à des cartilages dont la substance amorphe s'est directement calcifiée autour des chondroplastes et de leurs cellules, qui, avec des dimensions amoindries et communiquant souvent deux ensemble, sont emprisonnées dans cette substance. Le mode d'ossification rappelle celui qui a lieu dans certaines parties du squelette des Sébaciens (rayons de la raie).

Les bords de cette zone, en forme d'un dé à coudre, sont très bien délimités ; seule, la base, comme il a été dit, est irrégulière à la limite du cartilage qui va selon toute apparence continuer d'être envahi.

Ce qu'il y a de particulier, c'est la grandeur et le groupement variables des chondroplastes. Les plus grands, surpassant sensiblement ceux du dé à coudre, sont probablement destinés à être les premiers envahis. On voit ensuite les dimensions décroître jusque vers le milieu du corps de la phalange, et en même temps, le tassement de ces cellules, qui se multiplient comme toujours au voisinage du point d'ossification, amène leur déformation et leur allongement ; mais celui-ci, au lieu de se produire dans le sens de l'axe de l'os comme pour les autres os longs, se fait dans la direction transversale. Au-dessous de cette limite, les chondroplastes ronds, et petits relativement aux autres, n'offrent plus qu'un aspect uniforme en tout semblable à celui des deux premières phalanges. »

Ces quelques considérations sur l'anatomie et sur le développement de la phalangette nous faciliteront notre étude anatomo-pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Debrou étudie trois parties dans la phalangette : 1° une base qui est articulée en arrière avec la phalange correspondante ; 2° un sommet qui est libre et renflé en rondache et en forme de fer-à-cheval ; 3° un col qui réunit ces deux parties. Le col est un peu aplati et représente un cône qui s'élargit en arrière.

SIÈGE. — L'exostose sous-unguéale aurait toujours son siège, d'après M. Debrou, sur l'un des deux renflements qui forment le sommet à la manière d'un fer-à-cheval. Telle est également l'opinion de M. Dolbeau. M. Velpeau place le siège de la tumeur sous le bord libre de l'ongle, parfois

vers le milieu ou plus près encore de la racine de la phalangette. Les autres auteurs ne précisent pas exactement son siège. Elle ne débute jamais par le collet, mais elle se développe quelquefois sur la face dorsale, à l'union de son tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs.

Son siège habituel n'est pas seulement sur le bord même, mais encore sur la face postérieure.

VOLUME. — Le volume de la tumeur varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une cerise. Sa forme est encore plus variable, tantôt conique ou globuleuse, tantôt pyramidale. Le volume de la phalange augmente également ; elle est élargie et aplatie en forme de spatule.

NATURE. — Pour Dupuytren, ces tumeurs seraient des excroissances osseuses provenant directement de la phalange. Blandin les considère comme des productions du périoste et prétend que le petit noyau osseux, d'abord libre, se soude avec la face dorsale de la phalange. Dolbeau place leur point de départ dans le tissu osseux ; il rejette complètement l'opinion de Blandin.

Voici d'ailleurs comment il exprime sa manière de voir :

« La portion osseuse se compose elle-même d'une lamelle compacte de la phalange et d'une partie centrale formée de tissu spongieux, également en communication avec celui de la phalange, qui fait pour ainsi dire expansion au dehors. D'après cette disposition, il est évident que l'exostose sous-unguéale est une dépendance du tissu osseux sous-jacent et qu'elle en tire son origine. Le périoste ne fait que recouvrir la tumeur. Il peut s'altérer, s'épaissir en s'hypertrophiant, mais il n'est pour rien dans la production du tissu osseux qui entre dans la composition de l'exostose. »

Dolbeau, comme on le voit, ne fait que développer l'opinion de Dupuytren. Pour Gosselin, il est rare que la tumeur soit purement osseuse ; elle est le plus souvent mixte. Il dépeint de la manière suivante la nature et les caractères de l'exostose sous-unguéale : « C'est une petite tumeur qui naît de la face dorsale de la phalangette et qui soulève le derme sous-unguéal. Elle est formée de deux portions : une profonde, osseuse, née de la phalan-

gette même ; une superficielle, fibreuse, formée par l'épaississement du périoste et des parties profondes du derme. C'est une tumeur ostéo-fibreuse ; reste à savoir si entre la portion osseuse et la partie fibreuse il y a du cartilage. »

M. Trélat, au contraire, assigne le siège de la tumeur dans le périoste et même la portion sus-périostale. Il classe les exostoses sous-unguéales dans la classe des sarcomes ossifiants.

M. Nicaise vient à l'appui de l'opinion de Trélat, et il publie dans la *Gazette Médicale*, 1875, n° 18, une observation de laquelle j'extrais le passage suivant :

« La tumeur enlevée est du volume d'une petite noisette et présente à sa face adhérente un tissu très résistant, blanchâtre, fibro-cartilagineux, mais sans trace de tissu osseux. Une coupe faite sur la partie médiane montre au centre même une portion osseuse du volume d'une lentille, entourée de tout côté par un tissu fibro-cartilagineux. L'examen microscopique indique qu'au niveau de la face adhérente il n'y a que du tissu conjonctif ; il est dense et serré. En approchant du centre, des cellules cartilagineuses se montrent entre les fibres conjonctives et deviennent de plus en plus nombreuses. Elles s'arrêtent au niveau du tissu osseux central, lequel présente des ostéoplastes vrais. En plusieurs points, le tissu osseux se continue directement avec le tissu conjonctif, qui est alors mélangé d'une substance amorphe, homogène, et dont les cellules plasmatiques sont plus développées. »

C'est bien là un exemple frappant d'exostose périostale. Cornil et Ranvier ¹, dans leur *Traité d'Histologie pathologique*, rangent l'exostose sous-unguéale dans la classe des sarcomes ossifiants. Pour eux, ce genre de tumeur est analogue aux épulis. « Cette espèce de sarcome, disent-ils, ne diffère des précédentes (sarcomes myéloïdes) que par la tendance des éléments à produire du tissu osseux, c'est-à-dire des corpuscules osseux, et une substance fondamentale osseuse ; mais il est rare que les lamelles osseuses et les cavités vasculaires ou canaux de Havers soient aussi bien formées que dans un os normal.

¹ Cornil et Ranvier ; Anat. path., pag. 129, 1869.

« Les petites tumeurs appelées exostoses sous-unguéales répondent exactement à la même description que les épulis et sont de la même nature ; il serait impossible de distinguer l'une de l'autre deux préparations faites, l'une avec un épulis, l'autre avec une exostose sous-unguéale. La nature sarcomateuse de ces tumeurs nous est révélée par leurs récides possibles et par ce fait qu'elles ont une tendance à une organisation osseuse sans parvenir à constituer un os parfait. »

Nous ferons remarquer que ces tumeurs siègent toujours de préférence dans les os courts, spongieux, le gros orteil, les doigts, la mâchoire, et que les os longs en sont surtout atteints dans leurs extrémités épiphysaires. Les productions osseuses doivent être soigneusement distinguées des parties simplement incrustées de sels calcaires. Celles-ci ont seulement la forme d'aiguilles disposées comme les trabécules osseuses et ne peuvent pas en être différenciées à l'œil nu. Au microscope, on reconnaît, en les isolant, que la substance fondamentale est incrustée de sels calcaires, qu'elle est opaque et présente, rapprochées les unes des autres, de petites cavités ovoïdes ou rondes sans prolongements. Ces petites cavités servent de loge aux cellules du sarcome. Il n'y a là rien qui puisse, au microscope, simuler les corpuscules osseux ni leurs canaux anastomotiques.

Fontanel ¹, dans sa Thèse, admet complètement l'opinion de Cornil et Ranvier. Plusieurs autres auteurs sont du même avis. Quant à nous, nous admettons, avec Gosselin et d'autres, que l'exostose sous-unguéale est le plus souvent une tumeur mixte. Les observations publiées jusqu'à ce jour viennent à l'appui de notre assertion.

Les auteurs qui rangent ce genre de tumeur dans le sarcome s'appuient beaucoup sur la récidivité. On a, je crois, trop exagéré la fréquence des récides. M. Gosselin a opéré huit malades et a obtenu une guérison complète après une première opération. Dans deux observations que nous publions, dont une personnelle et la seconde communiquée par notre Maître M. Tédénat, la guérison a été complète après la première opération.

L'étude de la structure de l'exostose sous-unguéale ne se faisait autre-

¹ Fontanel ; Thèse, 1875.

fois qu'à l'aide du bistouri et de la scie, on avait déjà reconnu (témoin une observation de Gibert insérée dans le Mémoire de Dupuytren) que la substance osseuse est recouverte dans certains cas par des couches fibro-cartilagineuses.

La coupe, ainsi que le dit Pedro Osorio¹, offre trois zones assez distinctes : une superficielle, d'aspect fibreux ; une moyenne, hyaline, cartilagineuse ; et une profonde, calcaire, rouge, rappellent tout à fait le tissu osseux spongieux.

Dans d'autres circonstances, la surface de section montre que la plus grande partie de la tumeur est osseuse, et qu'il n'y a à sa surface qu'une couche fibreuse d'une épaisseur variable. On trouve également, dans des cas plus rares, la tumeur formée par du tissu fibreux avec un module cartilagineux central. Bon nombre d'auteurs, Dolbeau, Besnier, révoquent en doute la présence du cartilage comme partie constituante de l'exostose sous-unguéale.

Le microscope vint trancher ces deux opinions contraires et on put alors s'assurer, d'abord de la présence du cartilage, et ensuite du rôle qu'il pouvait jouer dans le développement de l'exostose.

Il a été reconnu tout récemment que, d'après le processus du développement osseux, on pouvait trouver plusieurs formes d'exostoses sous-unguéales, entre autres une forme fibro-cartilagineuse, comme nous la relatons dans notre Observation, une forme ostéo-fibreuse, une forme ortéo-cartilagineuse, et enfin une forme fibro-sarcomateuse.

FORME FIBRO-CARTILAGINEUSE. — Cette forme est le premier degré de la forme ostéo-fibreuse. Elle présente à l'examen une zone de tissu fibreux sous-unguéale. Au-dessous, un nodule cartilagineux, à contours irréguliers, enveloppé par une couche périphérique fortement colorée. Il est parcouru dans toute son épaisseur par des vaisseaux très distincts, autour desquels la substance fondamentale offre une teinte plus foncée, une troisième couche fibreuse sous-jacente au cartilage le séparant de la

¹ Pedro Osorio ; Thèse de Paris, 1882, pag. 26.

phalange et répondant au périoste ; au-dessus de ce noyau saillant, l'ongle, très épaissi, est altéré ; il est partiellement recouvert par un bourrelet cutané. Cet examen a été également fait et décrit par Osorio ¹.

FORME OSTÉO-FIBREUSE. — Cette forme a été décrite par Gosselin ² dans son *Traité de clinique chirurgicale*. « En allant, dit-il, des parties superficielles aux profondes, vous voyez d'abord le derme sous-unguéal au-dessous de lui, mais, très intimement confondue avec lui, une trame blanche, d'apparence fibreuse, qui a bien 3 millim. d'épaisseur et qui, à l'œil nu, semble formée de tissu très dense, ayant l'apparence fibro-cartilagineuse. Le microscope ne permet d'y découvrir aucune cellule cartilagineuse, et par conséquent il s'agit en réalité d'un tissu fibreux très dense. Plus profondément, et confondu d'une façon intime avec la couche précédente, vous voyez une petite masse osseuse de 4 à 5 millim. d'épaisseur, masse qui se trouve constituée tout à la fois par la production anormale et par la portion de phalange dont elle provenait. La tumeur n'était donc pas une exostose franche, c'était une exostose surmontée de tissu fibreux ; c'était, si vous aimez mieux, une production ostéo-fibreuse. »

Gosselin prétend n'avoir jamais rencontré d'autres formes d'exostose. « Peut-être, dit-il, s'en rencontre-t-il dans lesquels (cas) l'exostose est purement osseuse ; mais ceux que j'ai observés m'autorisent à vous dire que le plus souvent la tumeur est mixte, c'est-à-dire ostéo-fibreuse. »

FORME FIBRO-CARTILAGINEUSE. — Cette forme rappelle ce que l'on trouve dans l'ossification enchondrale chez le fœtus et chez l'adolescent.

Osorio ³ a fait une coupe d'ensemble sur une tumeur, l'ongle et la partie adjacente du derme, et dit avoir vu ce faible grossissement : 1° une zone de tissu fibreux sous-unguéal ; 2° au-dessous, un nodule cartilagineux à contours irréguliers, enveloppé par une couche périphérique fortement colorée. Il est parcouru dans toute son épaisseur par des vaisseaux très

¹ Pedro Osorio ; Thèse de Paris.

² Gosselin ; Clin. chirurg., 1879, pag. 31.

³ Pedro Osorio ; Th. de Paris, 1882, pag. 36.

distincts autour desquels la substance fondamentale offre une teinte plus foncée ; 3° une autre couche fibreuse sous-jacente au cartilage, le séparant de la phalange et répondant au périoste ; 4° au-dessus de ce noyau saillant, l'ongle, très épais, est altéré ; il est partiellement recouvert par un bourrelet cutané.

FORME FIBRO-SARCOMATEUSE. — M. le professeur Tédénat a constaté, dans un cas que nous publions, que la tumeur était constituée par un noyau central de tissu osseux, spongieux, du volume d'un petit pois ; à côté étaient deux nodules osseux, compactes, ayant le volume d'un grain de millet ; le stroma intermédiaire aux nodules osseux, ainsi que la partie superficielle, étaient formés de tissu fibro-sarcomateux avec quelques cellules de cartilage.

En résumé, nous dirons que l'exostose sous-unguéale est en général une tumeur mixte, tumeur ne renfermant que des éléments normaux, disposés en un tissu dont la texture et la disposition diffèrent généralement de celle d'un tissu normal adulte ou encore en voie d'évolution.

SYMPTOMATOLOGIE.

L'exostose sous-unguéale siège le plus souvent au gros orteil et à l'index. On l'a rarement observée sur les autres orteils et sur les autres doigts.

Elle occupe, soit la partie interne, soit la partie externe de la phalange, et envahit la face dorsale. Les symptômes de cette tumeur étant les mêmes au gros orteil qu'aux petits orteils ou aux doigts de la main, je ne décrirai que la symptomatologie de l'exostose sous-unguéale du gros orteil.

Le malade ne consulte le chirurgien que bien longtemps après l'apparition de ce genre de tumeur. Ce n'est que lorsque la marche devient pénible, surtout sur un sol inégal, même avec des chaussures larges et souples, que le blessé réclame des soins. La tumeur est donc dans son complet développement lorsqu'on a à l'examiner.

L'ongle est soulevé par une petite masse du volume d'un pois, d'une cerise.

M. Debrou a constaté exceptionnellement une tumeur du volume d'un marron.

La peau qui la recouvre est amincie, tendue, brillante, rosée quelquefois, et légèrement granuleuse. L'ongle est plus ou moins soulevé suivant le volume de la tumeur; ses déformations marchent parallèlement au développement de celle-ci. Il est tantôt déjeté en dehors, tantôt en dedans, suivant le siège de l'exostose. Chez quelques malades, il est décollé, refoulé dans les chairs, ou bien replié sur lui-même de telle manière que sa surface libre et son bord antérieur peuvent toucher la racine.

La tumeur est molle dans les couches superficielles, je dirai même presque fluctuante, et dure dans les couches profondes. « L'exostose sous-unguéale se compose, a dit M. Dolbeau, de deux parties : une superficielle, fibreuse, d'apparence cartilagineuse, et une partie profonde, osseuse. La première est formée par le derme sous-unguéal plus ou moins épaissi; ce dernier, par sa face profonde, adhère à la portion osseuse et se confond

avec le périoste de l'os. On ne doit pas séparer la couche superficielle de la couche profonde ; toutes les deux constituent au même titre l'affection dont nous nous occupons.»

A une époque plus éloignée du début, s'il est survenu de l'inflammation, M. Nicaise¹ a constaté que la surface prenait un aspect fongueux et que des ulcérations pouvaient se montrer.

Dans d'autres cas, dit le même auteur, la surface de la tumeur est recouverte de lamelles épidermiques cornées, lisses, grisâtres. Il a observé une fois une exostose sous-unguéale dont la surface était recouverte par des papilles épidermiques nombreuses, fines, coniques, analogues à celles qui forment la surface de certaines verrues.

Longtemps après l'apparition de l'exostose sous-unguéale, tous les signes précédemment décrits s'exagèrent. L'ongle, de plus en plus soulevé, dit M. Fontanel², se détache, montrant au-dessous de lui un ongle nouveau, irrégulier, mal conformé, qui ajoute encore aux souffrances du malade en s'implantant d'une façon vicieuse dans les tissus malades ; la tumeur perd alors sa forme arrondie, limitée, elle rampe à la surface sous-unguéale, dont elle ne tarde pas à déborder la surface cornée, le plus souvent au devant de son bord libre, et ensuite à son pourtour.

La surface devient rouge et saignante, se recouvre d'ulcérations qui marchent avec rapidité ; les replis d'implantation de l'ongle sont le siège de bourgeons charnus qui constituent des bourrelets d'aspect fongueux s'ulcérant, sécrétant du pus et pouvant donner le change à un examen peu minutieux et faire penser simplement à un onyxis ; d'autres fois, les tissus dégénérés ont l'aspect du cancer en voie de ramollissement, car ces fongosités fournissent un suintement séro-sanguinolent assez abondant et s'accompagnant de poussées inflammatoires dans les parties voisines de la tumeur.

La douleur augmente avec la tumeur, et le malade se voit à un moment donné forcé de modérer sa marche, surtout quand le terrain est inégal.

¹ Nicaise; *Gazette médicale*, 1875, pag. 213.

² Fontanel; *Thèse de Paris*, 1875, pag. 32.

La claudication devient plus manifeste à mesure que la douleur s'aggrave. Le repos suffit pour la calmer. André (de Versailles) cite des cas où le malade éprouve de très vives souffrances. « Ce mal, dit-il dans une observation, était si douloureux qu'à peine la malade pouvait-elle se chausser, marcher, dormir et manger. Il y avait environ trois ans qu'elle souffrait ainsi ; aussi était-elle très maigre et très pâle lorsqu'on me la fit voir. »

Le volume, le siège de la tumeur et les susceptibilités personnelles, expliquent ces phénomènes douloureux.

Un dernier signe pathognomonique de l'exostose sous-unguéale réside dans la douleur que le malade éprouve lorsque le chirurgien, dans son exploration, exerce avec la main une pression sur la phalange malade.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'exostose sous-unguéale est ordinairement facile. Cependant, au début, il peut présenter quelques difficultés. On peut par exemple trouver une exostose sous-unguéale peu développée, compliquée d'un ongle incarné. Dans le cas où il y aura doute, il suffira de presser sur l'ongle avec le doigt pour constater la dureté de la tumeur. Il est encore un autre moyen très employé dans la pratique et qui aide énormément dans le diagnostic. Ce moyen consiste à promener sous le bord libre de l'ongle un stylet très fin. Quand ce corps sera arrivé au niveau de la tumeur, il éprouvera une certaine résistance et sera obligé de la contourner pour passer outre, ce qui sera facilement senti par la main de l'observateur.

On pourrait confondre l'exostose sous-unguéale avec quelques autres affections qui, tout en produisant une tuméfaction de la phalange, accompagnée ou non de suppuration, se distinguent de la maladie qui nous occupe, soit par l'anatomie pathologique, soit par la durée, soit par l'étiologie.

Nous citerons en première ligne l'onyxis latéral, ou rétro-unguéal, ou sous-unguéal, qui peut être traumatique ou spontané. Dans ce cas, on ne perçoit pas la tuméfaction dure et circonscrite de l'exostose, et puis cette dernière a une marche très lente et une étiologie différente à celle de l'onyxis.

L'exostose sous-unguéale ne peut être confondue ni avec un phlegmon ni avec un abcès de l'orteil. Dans l'exostose, nous ne trouvons en effet ni molesse, ni empâtement, ni fluctuation ; et puis l'abcès ou le phlegmon ont une marche beaucoup plus rapide, et ils ne forment point une tumeur adhérente à l'os. Cependant, lorsqu'il survient des complications, on peut être très embarrassé pour diagnostiquer l'exostose. Lorsqu'il y a du gonflement ou de la suppuration, on peut penser à un onyxis ou à un abcès, et l'erreur paraît avoir été commise plusieurs fois au pied, comme le dit

M. Fontanel dans sa Thèse inaugurale. A la main, on en possède un exemple dans l'observation de M. Richet.

Il s'agit d'un malade qui a été traité par un ancien interne de Paris. A plusieurs reprises, on fit des incisions qui firent écouler assez de pus, mais qui n'eurent aucune influence sur la maladie principale.

Les productions papillaires hypertrophiques, durillons, verrues, accompagnent quelquefois l'exostose sous-unguéale ; mais ces productions pathologiques ne tromperont point le chirurgien, car il suffira de la déviation de l'ongle pour le mettre sur la voie.

En effet, si lorsque l'exostose est à sa période de début elle ne modifie guère la déviation de l'ongle, celui-ci au contraire est refoulé en arrière lorsque la tumeur a atteint un développement suffisant.

On pourrait aussi confondre l'exostose sous-unguéale avec une tumeur maligne de la phalange ; mais sa dureté, la lenteur de son évolution et l'âge du sujet, permettront de reconnaître la nature de la tumeur qui nous occupe.

En résumé, nous pouvons dire que, puisqu'il n'y a pas d'autre maladie de l'ongle qui s'accompagne d'un soulèvement de l'organe analogue à celui que nous avons signalé ; le praticien pourra considérer la présence d'une tumeur dure et circonscrite, produisant la déviation de l'ongle ou son renversement en arrière, comme un signe pathognomonique.

Le diagnostic de l'exostose sous-unguéale sera donc ainsi simplifié, surtout lorsqu'aucune complication, telle que gonflement des tissus, ulcération, suintement séro-sanguinolent ou suppuration, ne sera venu s'ajouter à la maladie et en transformer sa manière d'être.

Nous terminerons notre diagnostic en citant une observation publiée dans la Thèse de Pedro Osorio, se rapportant à un cas d'exostose sous-unguéale symétrique des gros orteils, et dont le diagnostic ne fut établi qu'après l'intervention chirurgicale.

Il s'agissait d'une jeune Anglaise de 22 ans qui, six mois auparavant, disait-elle, avait été opérée d'un ongle incarné aux deux gros orteils. Lorsqu'elle revint à la Clinique, on constatait que les deux ongles, très

épaissis, avaient une tendance à l'incarnation au côté externe, et qu'ils étaient très fortement bombés dans le sens antéro-postérieur. Du reste, elle souffrait beaucoup, et la marche était presque impossible.

M. le professeur Gosselin hésitait entre une affection de la matrice unguéale ayant déterminé une altération profonde de l'ongle reproduit, et une exostose qui serait cachée par cette épaisse couche cornée. Sur sa demande, la malade fut opérée, les deux ongles enlevés par les procédés habituels, après réfrigération des orteils, et l'on constata au-dessous d'eux un épaissement avec induration du derme sous-unguéal.

Il fut impossible de sectionner au bistouri cette partie exubérante : la pointe était arrêtée par de la substance osseuse que l'on rencontrait tout près de la surface du derme.

Il fallut s'aider du raclage pour enlever les parties les plus saillantes ; les petits lambeaux contenant dans leur intérieur un peu d'os furent décalcifiés par l'acide picrique et examinés au microscope par M. Variot, qui put voir qu'ils étaient formés en très grande partie de tissu fibreux enveloppant de petits noyaux de tissu osseux spongieux. On avait donc affaire à une sorte d'exostose sous-unguéale diffuse dans laquelle l'épaississement du derme entraînait pour une très notable part.

Nous avons cru devoir signaler ce fait, parce qu'en réalité il présente un véritable intérêt au point de vue du diagnostic différentiel.

PRONOSTIC,

Au point de vue du pronostic, nous devrions nous demander naturellement ce que deviendrait l'exostose sous-unguéale si elle était abandonnée à elle-même. Persisterait-elle indéfiniment ? Surviendrait-il fatalement des complications ?

Il nous serait assez difficile de répondre à ces questions d'une façon bien précise. Si nous consultons en effet les auteurs qui s'en sont le plus occupés, nous voyons qu'elles ont été traitées par eux avec la plus grande réserve et qu'ils n'en ont parlé que d'une manière générale.

Gosselin, assimilant ces tumeurs aux exostoses de croissance, nous dit que si on ne pratiquait pas l'extirpation, la tumeur continuerait à s'accroître pendant toute l'adolescence, et, une fois la période de croissance dépassée, elle persisterait indéfiniment, sans aucune tendance à la résorption. Cette opinion ne nous paraît pas entièrement fondée, et nous voyons Richet citer un cas dans lequel la tumeur est apparue et a évolué à l'âge de 50 ans.

Nous croyons qu'il survient tôt ou tard des complications lorsque la tumeur est livrée à elle-même, complications réclamant l'intervention du chirurgien.

Mettant à part toutes ces complications, nous nous empressons de dire que l'exostose sous-unguéale est une tumeur très bénigne, que sa marche est lente et progressive, qu'elle ne rétrograde jamais, et qu'elle n'a aucune tendance à se généraliser ni à se développer en d'autres points de l'économie ; ce n'est que très rarement que cette affection peut compromettre l'existence d'un malade.

Nous n'avons trouvé dans toutes nos recherches que deux cas d'exostose sous-unguéale dans lesquels les malades succombèrent après l'extirpation : l'un opéré par Blandin, l'autre par Lenoir. Le mode opératoire employé dans ces circonstances par ce dernier chirurgien est encore celui que l'on préfère de nos jours : c'est l'abrasion. Avouons que ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

MARCHE ET DURÉE.

Nous aborderons maintenant la marche de l'exostose sous-unguéale. Il est d'abord un trait caractéristique : je veux parler de la lenteur avec laquelle se développe la maladie qui nous occupe. Cette affection se développe peu à peu, si bien que le malade ne s'en aperçoit qu'après un certain temps et ne vient consulter le chirurgien que lorsqu'elle est arrivée à la période d'état et que la marche est devenue impossible.

La tumeur ne rétrocede jamais ; elle tend au contraire à s'accroître de plus en plus, c'est là du moins la conséquence des observations que l'on trouve dans les auteurs. Nous pouvons citer ici, à l'appui de notre opinion, l'observation publiée dans la Thèse inaugurale de M. Borde, dans laquelle la tumeur s'accrut tous les jours pendant une période de trois ans (Thèse de M. Borde, pag. 31) ; le cas se trouve également relaté dans la Thèse d'André.

Il s'agit d'un jeune homme qui, vers l'année 1862, entre 17 et 18 ans, commença à ressentir de la gêne pendant la marche. (Le gros orteil du pied droit était à son extrémité le siège d'élancements douloureux et spontanés, car ils avaient lieu aussi la nuit. Du reste, l'inspection de la partie douloureuse ne dénotait aucun signe bien net ; la phalangette était un peu rouge, les tissus qui entouraient l'ongle étaient un peu tuméfiés et l'ongle lui-même était plus bombé qu'à l'ordinaire.) Le mal continua à s'accroître, la tumeur augmenta peu à peu de volume, en même temps que l'ongle se déjetait de plus en plus en dehors.

En 1865, trois ans après le début de la maladie (époque à laquelle le mal était à son summum d'intensité), voici ce que présentait la phalange malade. L'ongle était épais, grisâtre, ratatiné, présentant à sa surface de nombreux plis transversaux. On voyait qu'il était soulevé par une tumeur sous-jacente. Cette tumeur apparaissait d'une façon évidente au côté interne de la phalangette ; elle avait acquis le volume d'une cerise ; elle était d'une couleur rosée et d'une consistance très dure ; sa forme était plutôt

pyramidale que globuleuse ; la base de la pyramide était à la partie latérale interne, le sommet au côté externe et se perdant sous l'ongle. L'orteil était renflé en forme de massue ; les tissus environnants étaient rouges, tuméfiés, et dans la profondeur des plis d'implantation de l'ongle se montraient quelques fongosités. La tumeur ne s'est jamais ulcérée ; la marche était de plus en plus gênée, les douleurs étaient atroces par moment, et les ganglions de l'aîne étaient engorgés.

Le malade, décidé à se faire opérer, alla consulter un médecin qui lui conseilla d'attendre. Il se condamna au repos, prit chaque jour des pédiluves émollients prolongés et badigeonna les parties malades avec la teinture d'iode. La tumeur s'affaissa et l'engorgement des tissus voisins disparut ; il en fut de même pour les ganglions de l'aîne.

Depuis lors, la tumeur s'est encore affaissée, la claudication dont était affecté le malade a disparu complètement ; le mal n'est pas guéri pourtant d'une façon absolue : la tumeur subsiste toujours un peu douloureuse à la pression, mais beaucoup plus dure, très ratatinée, comme momifiée ; les élancements spontanés n'existent plus. Vers le commencement de l'année 1868, l'ongle est tombé, mais au-dessous il s'en était déjà formé un nouveau qui n'a pas tardé à recouvrir la tumeur, excepté au côté interne.

Chose singulière ! tandis que l'ancien ongle ne s'était jamais incarné, le nouveau, à peine formé, s'est incarné au côté externe de la phalange.

Douleur insupportable, suppuration, tout cela est arrivé dans l'espace de quelques jours ; le malade lui-même, avec des pinces et des ciseaux, a extirpé la partie de l'ongle qui était rentrée dans les chairs. Depuis lors, c'est-à-dire depuis le mois de mars 1868, les choses marchent à merveille, et la tumeur, quoique persistant toujours, ne donne plus signe de vie.

En résumé, nous dirons que cette affection n'a pas de durée limitée ; quelques auteurs ont cru à tort que la période de croissance exerçait une influence sur elle et qu'elle cessait de s'accroître quand le développement du squelette était complet. L'extirpation seule peut donc faire disparaître la maladie ; d'ailleurs les souffrances ou la gêne éprouvées par le blessé le forcent toujours à réclamer l'assistance du chirurgien.

TRAITEMENT.

L'exostose sous-unguéale nécessite toujours l'intervention du chirurgien. André, chirurgien de Versailles, employait le nitrate d'argent ; il dit avoir, avec ce caustique, guéri ses malades. Nélaton se servait de la pâte de Canquoin ; il propose, quand la tumeur est de très petit volume, de placer sur son sommet, préalablement mis à nu, un tout petit morceau de chlorure de zinc. Huit à dix jours après cette opération, la tumeur se détacherait sous la forme d'une petite rondelle.

Les caustiques, malgré les succès d'André, de Letenneur et de Nélaton, sont depuis longtemps abandonnés. Il en est de même des cataplasmes émollients, des compresses trempées dans du vin généreux, chaud et sucré, et des onguents de diverses sortes.

Dupuytren a préconisé le premier mode opératoire, c'est-à-dire l'abrasion simple, sans enlèvement de l'ongle. « L'enlèvement de l'ongle, dit-il dans ses Leçons de clinique chirurgicale, est quelquefois nécessaire, mais dans le plus grand nombre des cas il est inutile. A l'aide d'un bistouri, on fait de chaque côté de l'ongle une incision demi-circulaire. Ces incisions mettent à découvert et cernent la tumeur osseuse ; alors, avec le bistouri ou avec la gouge et le maillet, on enlève l'exostose. Il ne faut pas se borner à retrancher son sommet, car alors le mal se reproduirait. J'ai eu l'occasion d'extirper une trentaine de ces tumeurs et j'ai toujours obtenu par ce moyen la guérison complète des malades. »

Lisfranc, à l'aide d'un fort scalpel, sacrifiait en même temps, et en procédant d'arrière en avant, l'ongle et l'exostose. Il était aussi d'avis qu'après avoir enlevé l'ongle on enlevât la matrice. « Si, dit-il, l'on pratique l'excision dont nous traitons (celle de l'ongle), doit-on sacrifier la matrice de l'ongle, surtout du gros orteil ? Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point ; pour avoir ici une opinion bien arrêtée, il faudrait avoir beaucoup de faits, car on ne peut pas se dissimuler que les fonctions unguéales

ont au moins quelque importance ; mais on sait aussi que, l'ongle ancien n'existant pas et que le nouveau se formant de toutes pièces, il s'accroît souvent d'une manière vicieuse, incommode, douloureuse, et que ces états persistent après son entière formation.

Velpeau enlevait également l'ongle, mais sans toucher à la matrice ; puis, à l'aide d'un bistouri il abrasait l'exostose et cautérisait ensuite la plaie pour arrêter l'hémorrhagie. C'est une des méthodes la plus en vogue. Pour détruire le pédicule de la tumeur après l'abrasion, certains chirurgiens ont employé la pâte de Vienne, d'autres le perchlorure de fer, d'autres, enfin, le cautère actuel. Ces moyens sont encore d'une efficacité douteuse, comme le dit très bien Delorme ¹.

Gosselin ² conseille, au lieu d'enlever la portion exubérante de la production morbide, de creuser la phalangette en l'excavant avec le bistouri. « J'ai, dit-il, enlevé l'ongle, après anesthésie locale, au moyen de la glace et du sel marin à parties égales, comme dans l'ongle incarné; puis j'ai cerné la tumeur par deux incisions semi-elliptiques et je l'ai détachée avec un fort bistouri, en creusant un peu la face supérieure et le bord antérieur de la phalangette, de manière à enlever les couches les plus superficielles de cette dernière jusqu'à environ 4 millim. de profondeur. En agissant ainsi, je me proposais d'enlever avec la tumeur toutes ses racines d'implantation et de mettre ainsi le malade à l'abri d'une récurrence. Je n'ai trouvé qu'une faible résistance dans le tissu osseux ; si j'en avais trouvé une plus grande dont le bistouri n'eût pu triompher, je me serais servi de la gouge et du maillet. Un pansement simple, le même que pour l'ongle incarné, a terminé l'œuvre. »

Liston et Lenoir, craignant une récurrence, désarticulaient la phalange. Liston fut amené à ce mode opératoire par un insuccès qu'il éprouva lors de sa première opération. « Depuis, dit-il, j'ai l'habitude, lorsque l'opération est acceptée, de la pratiquer dans l'article, entre la première et la seconde phalange. La maladie est d'une nature si gênante que les

¹ Delorme ; Dict. de Méd. et de Chirurg., 1879, pag. 738.

² Gosselin ; Cliniq. chirurg., 1879.

malades s'y soumettent aisément. L'amputation de l'os tout entier me paraît préférable à toute autre tentative pour exciser la partie malade, parce qu'elle est moins douloureuse, plus certaine, et ne présente pas plus d'inconvénients.

Debrou (d'Orléans), entraîné par la même pensée et se basant d'un autre côté sur les dangers de la désarticulation et sur le siège de la tumeur à l'extrémité même de la phalange, a conseillé l'amputation de la phalangette dans la continuité en arrière de l'exostose. Il fend l'ongle d'avant en arrière avec des ciseaux, arrache ses deux moitiés avec la pince ; puis, avec un bistouri droit et pointu, circonscrit la tumeur par une incision circulaire, déchausse le sommet de la phalangette, rompt l'os à sa base avec une pince de Liston, et enlève l'exostose. La place occupée par l'exostose se comble par granulation.

Nous repoussons ces deux derniers procédés comme offrant quelques dangers et comme étant inutiles. Nous leur préférons l'abrasion simple sans cautérisation.

Nous complétons le traitement à la fin de notre première Observation.

PREMIÈRE OBSERVATION (personnelle).

Marie P..., âgée de 24 ans, entre le 20 septembre à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. Tédénat, salle des payants.

La mère a eu des rhumatismes ; Marie P..., de tempérament lymphatico-sanguin, bien constituée, bien réglée, a toujours joui d'une bonne santé. Depuis deux ans, l'ongle du gros orteil gauche est soulevé par une tumeur sous-unguéale mal limitée. Des douleurs vives existent à ce niveau sous l'influence de la moindre pression et quand le temps est humide. Parfois elles irradient jusqu'au genou ; la marche est difficile et s'accompagne de douleurs.

État actuel. — L'ongle est régulièrement soulevé en haut dans toute sa moitié antérieure par une tuméfaction dure, sous-unguéale, un peu plus

épaisse au milieu que sur les bords et dépassant l'extrémité antérieure de l'ongle, surtout vers la ligne médiane. Il n'existe pas de tumeur bien isolée, mais bientôt une sorte d'épaississement en forme de lentille biconvexe très bombée, de la région sous-unguéale.

22 septembre. Anesthésie locale au moyen d'un mélange de glace et de sel marin. Ablation de l'ongle et décortication de toute la moitié antérieure du revêtement de la seconde phalange jusqu'à l'os, qui est ruginé. Hémorrhagie légère. — Pansement de Lister.

12 octobre. La malade quitte l'hôpital, guérie. Au mois d'avril, M. Tédénat apprit que la guérison persistait complète.

La tumeur était formée de tissu fibro-cartilagineux avec quelques rares ostéoplastes dans sa partie profonde.

Dans ce cas, M. Tédénat a été obligé d'extirper l'ongle pour avoir accès sur la tumeur, qu'il a décortiquée avec un fort bistouri ; après quoi il a ruginé l'os sous-jacent. La partie postérieure de la matrice unguéale saine a été conservée intentionnellement, dans l'espoir qu'elle serait susceptible de reformer un ongle nouveau suffisamment régulier de forme et de volume pour remplir le rôle auquel sont destinés ces phanères.

L'opérateur a insisté sur les inconvénients que pouvait avoir la cautérisation de l'os au fer rouge. Un des plus à craindre, c'est la mortification d'une lamelle plus ou moins épaisse de tissu osseux, consécutive à la destruction de la moelle osseuse sur une profondeur variable. La rugine, au contraire, n'agit que sur les parties avec laquelle elle est directement mise en contact ; tout au plus peut-elle produire sur les éléments organiques voisins une sorte de commotion susceptible de diminuer leur vitalité, mais à un faible degré ; du reste, en employant les pansements antiseptiques, on réduit à son minimum la réaction inflammatoire, qui reste plastique, tandis que dans des conditions opposées elle aurait pu devenir suppurative et destructive.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. TÉDENAT.)

Louis P..., employé de commerce, âgé de 21 ans, entre le 8 novembre 1875 à la salle Saint-Philippe, Hôtel-Dieu de Lyon, service du professeur Valette. — Rien à noter du côté de l'hérédité; Louis P..., de tempérament lymphatico-sanguin, fortement constitué, n'a jamais été malade; aucun traumatisme ne peut expliquer davantage l'affection pour laquelle il vient à l'hôpital.

Il y a quatre ans, il vit une petite tumeur se développer à la partie antéro-interne du gros orteil, au-dessous de l'ongle. Cette tumeur a augmenté peu à peu de volume, repoussant en haut et en dehors l'angle antéro-interne. Les douleurs ne sont survenues que depuis sept ou huit mois, à la suite d'un certain degré d'incarnation de l'ongle.

Actuellement, le bord interne de l'ongle est incarné, mais les chairs où il est inclus sont peu enflammées, sans bourgeons charnus exubérants. On sent, au-dessous du point d'incarnation, une tumeur du volume d'une noisette, un peu aplatie du haut en bas. Cette tumeur est dure et fait corps avec le squelette. — Le 11 novembre, M. Valette fait une incision un peu en dedans du bord de l'ongle, qu'il espérait pouvoir conserver; mais, voyant que cela est impossible, il arrache l'ongle, met à nu la tumeur qui fait corps avec l'os, l'enlève avec un bistouri à lame épaisse, puis rugine l'extrémité antérieure du bord interne où s'insère la tumeur; l'hémorrhagie est insignifiante, grâce peut-être à la réfrigération destinée à anesthésier. — Pansement de Lister.

Le 28 novembre, le malade quittait l'hôpital.

Deux ans après, la récurrence n'avait pas eu lieu et l'ongle avait repoussé sans déformation appréciable.

La tumeur était constituée par un noyau central de tissu osseux spongieux, du volume d'un petit pois; à côté étaient deux nodules osseux compacts, ayant le volume d'un grain de millet.

Le stroma intermédiaire aux nodules osseux, ainsi que la partie superficielle, était formé de tissu fibro-sarcomateux avec quelques cellules de cartilage.

OBSERVATION III.

(Thèse de LEGOUPILS.)

Thiéfine (Catherine), 16 ans, blanchisseuse ; se portait bien, mais non réglée ; entre le 15 mars 1850 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 9 pour être traitée d'une petite tumeur qu'elle porte à l'extrémité unguéale en haut et en dehors du gros orteil droit.

Jamais elle n'avait souffert du pied droit, lorsqu'il y a un an environ elle se trouve gênée par une chaussure trop courte pour ce même pied. Afin de s'accommoder à cette chaussure, elle fléchissait légèrement les orteils et surtout le gros, de telle sorte que la marche se faisait sur l'extrémité et le côté externe de ce dernier. Au bout de quelque temps, Catherine s'aperçut qu'elle ne pouvait plus curer l'ongle du gros orteil droit : la pointe des ciseaux glissait facilement sur la moitié interne de l'extrémité unguéale ; mais elle s'arrêtait vers la moitié externe, sous laquelle la pointe d'une épingle pouvait à peine glisser. Vers le mois de juillet, elle fit couper par sa mère, et aussi près que possible de l'origine, la moitié externe de l'ongle ; c'est alors seulement qu'elle s'aperçut qu'elle portait une petite tumeur dont le relief était déjà appréciable. Avant l'excision de l'ongle, elle avait remarqué un écoulement sous son bord externe. Un médecin qui ne se doutait pas de la nature de l'affection, conseilla de mettre du cérat sur la tumeur. Celle-ci était dure et recouverte d'une petite peau luisante. Elle fut cautérisée à cet hôpital, quelques jours avant l'entrée de Catherine, par un autre médecin, ne sachant lui non plus ce à quoi il avait affaire.

Voici l'aspect du gros orteil au moment de l'entrée. Ongle soulevé, déjeté en dedans, taillé obliquement à l'angle externe ; tumeur à ce même angle, faisant un relief égal à la moitié d'une petite aveline. Elle est dure, bien limitée, sans collet appréciable au toucher, ne jouit d'aucune mobilité, d'un aspect noirâtre, dû sans nul doute à la cautérisation, car si on arrache

la pellicule superficielle, on voit que la tumeur est rosée. M. Lenoir, prévenu par son expérience antérieure, reconnut, à première vue et sans toucher, une exostose sous-unguéale.

Entre l'extirpation de l'exostose et l'amputation dans l'article de la dernière phalange, l'habile praticien choisit ce dernier mode d'opérer, attendu qu'il a vu un cas de mort suivre un premier (Blandin). L'amputation à lambeau inférieur est pratiquée le 20 mars, après l'éthérisation préalable. Rien de spécial dans les tissus adjacents à la tumeur. Quant à la tumeur elle-même, en voici la forme : oblongue d'avant en arrière, légèrement semi-lunaire, avec concavité en dehors, offrant un collet sensible à son point d'implantation, distante de l'extrémité libre de la phalange de 2 millim. Son plus grand relief est en avant 7 millim. ; en arrière, le relief n'est plus que de 4, différence qui s'explique par la pression de l'ongle. Une petite échancrure pratiquée avec le bistouri laisse voir une structure osseuse mais spongieuse ; à l'extérieur, une petite lamelle de tissu compacte ; la face inférieure de la phalange commence elle-même par se déformer. La cicatrisation est complète neuf jours après l'opération ; mais, la malade ayant marché trop tôt sans doute, il se forma une petite fistule dont l'oblitération se fit attendre une semaine environ. Catherine est venue nous revoir depuis sa sortie, elle nous a affirmé n'éprouver aucune gêne dans la marche, bien que déjà elle ait fait d'assez longues courses.

OBSERVATION IV.

(Thèse PAILLÉ.)

Est entrée le 23 avril 1874 à l'hôpital des Cliniques, au n° 22 de la salle des femmes, dans le service de M. Broca, Vincenot (Eugénie), âgée de 19 ans, blanchisseuse, née à Paris et y demeurant, rue Saint-Marc. Célibataire.

Cette jeune fille, quoique délicate, a toujours eu une bonne santé antérieure ; elle a commencé à marcher à 18 mois. Ses parents sont ordinairement bien portants et ne paraissent avoir eu aucune maladie grave, sus-

ceptible d'avoir laissé quelques traces. Elle a deux sœurs plus jeunes qu'elle, qui ont également une bonne santé. Elle a commencé à travailler à 12 ans chez une blanchisseuse. Son travail consiste à repasser du linge ; elle ne fait pas les courses.

Elle a été formée à 16 ans. Depuis, ses règles reviennent assez régulièrement et sont accompagnées quelquefois de douleurs lombaires peu intenses et passagères.

L'écoulement dure ordinairement trois jours et a quelque tendance à avancer de deux ou trois jours sur les mois précédents. Elle a ressenti quelques douleurs dans les genoux, avec léger gonflement des articulations et palpitations de cœur depuis environ trois mois. Ces douleurs ont même nécessité le repos au lit pendant quelques jours et se produisent surtout lorsque le temps est humide. Elle n'en souffre pas en ce moment.

Depuis six mois, elle a commencé à s'apercevoir du développement d'une petite tumeur à l'extrémité du gros orteil du pied gauche, au-dessus et à la partie antérieure de la phalange, tumeur qui soulevait légèrement l'ongle. Cette tumeur, du reste, n'était pas douloureuse spontanément et ne gênait en rien la marche. La douleur n'était ressentie que si le pied heurtait contre quelque obstacle. La malade marchait beaucoup et sans inconvénients pour elle, car elle travaille dans la rue Antoine Dubois et fait la route de cette rue à la rue Saint-Maur, deux fois par jour, le matin et le soir.

Néanmoins, la tumeur augmentait toujours ; elle s'apercevait, en se coupant l'ongle, lorsqu'elle se baignait les pieds, que celui-ci était de plus en plus soulevé et que le derme sous-unguéal se durcissait et ressemblait à de la peau noire qu'elle essayait d'enlever. Elle crut d'abord que cette tumeur n'était que de l'épiderme racorni ; mais en touchant avec plus d'attention, elle sentit bientôt que cette tumeur était tout à fait dure, et, voyant qu'elle augmentait sans cesse, elle se décida à entrer dans le service de M. Broca.

A son entrée, on constata que cette tumeur, qui ne s'était jamais ulcérée, protégée qu'elle était par l'ongle soulevé, était en effet dure, résistante, grosse comme une petite noisette, recouverte par le derme sous-unguéal

épaissi et racorni, d'une couleur brun noirâtre; l'ongle était soulevé, épaissi, hypertrophié, sillonné par des raies transversales ; mais il n'avait pas quitté les replis de la peau qui le recouvrait latéralement. Comme il était coupé à mesure qu'il repoussait, la tumeur le débordait en avant et à peu près sur la ligne médiane.

Aux caractères offerts par la tumeur, à sa dureté, à sa situation, à son développement assez rapide chez une fille de 19 ans ne portant aucune trace de maladie antérieure pouvant expliquer ce développement d'une tumeur, et dont la croissance depuis l'âge de 17 ou 18 ans (depuis qu'elle était formée) s'était faite très rapidement, on diagnostiqua une exostose sous-unguéale de l'adolescence.

M. Broca proposa l'ablation de la tumeur. L'orteil anesthésié au moyen d'un mélange réfrigérant de glace pilée et de sel marin par parties égales, M. Broca coupa la partie antérieure de l'ongle afin de mettre la tumeur à découvert ; puis il la cerna par deux incisions courbes et l'enleva en deux fois à l'aide d'un fort bistouri.

Cette tumeur, fort dure, était en très grande partie osseuse ; elle avait la forme pyramidale plutôt que ronde ; il y avait peu de tissu fibreux.

La tumeur enlevée, on fit à la malade un pansement simple. Depuis l'opération, faite le 27 avril, la plaie est en grande partie cicatrisée. L'ongle a commencé à repousser, et, pour ne pas la gêner dans son évolution, on a fait la compression des parties molles qu'il doit recouvrir avec un pansement composé d'une rondelle d'amadou recouverte et maintenue par une rondelle de diachylon.

La malade peut marcher et n'a souffert en rien de son opération. Nous avons eu l'occasion de la revoir depuis sa sortie de l'hôpital. L'ongle repousse bien, mais elle a eu un petit abcès qu'elle attribue à l'irritation produite par un petit tampon de charpie que l'on a glissé sous l'ongle pour imprimer à celui-ci une bonne direction, et qu'il faut plutôt attribuer, selon nous, à ce que la malade s'ennuyant de garder le repos a trop marché, ce qui a produit une irritation des parties qui avoisinent l'ongle.

Du reste, ce petit abcès s'est terminé très simplement et la malade est

aujourd'hui en bonne santé ; il lui faudra seulement ne pas trop marcher jusqu'à ce que l'ongle ait tout à fait repoussé.

OBSERVATION V.

Exostose sous-unguéale de l'index. (*Progrès médical*, 4 juillet 1874.)

Une jeune fille de 17 ans, employée dans une confiserie et bien portante habituellement, se présente dans le service de M. Trélat avec une tumeur développée récemment sans cause appréciable à l'index de la main gauche ; l'accroissement de cette tumeur s'est fait surtout depuis quatre mois. L'ongle, normal dans sa moitié externe, présente en dedans une apparence feuilletée, lamelleuse ; il est en ce point soulevé par une tuméfaction ayant le volume d'un gros pois ; cette tuméfaction, dure, résistante, sans apparence de fluctuation, est indolente, sauf lors qu'on appuie fortement sur elle.

Malgré la rareté du fait, M. Trélat diagnostique une exostose sous-unguéale et pratique l'opération réclamée par la malade ; il circonscrit la tumeur par deux incisions elliptiques ; puis, dans le but de prévenir la récurrence, il enlève profondément, au moyen d'une rugine, le pédicule inséré sur la face supérieure de la phalange. Voici le résultat de l'examen histologique fait par M. Coyne au laboratoire de la Charité.

Le fragment détaché par Trélat au-dessous du point d'implantation de la tumeur, présente à la coupe la superposition suivante : à la face profonde correspondant au point d'attache, tissu fibreux, dense, serré, dans lequel les noyaux et les cellules plates interposés aux faisceaux conjonctifs sont ratatinés. Lorsqu'on se rapproche de la portion ossiforme et par conséquent des parties plus superficielles, on trouve que ce tissu présente les caractères d'une activité cellulaire plus grande ; les noyaux y sont plus abondants, plus visibles ; dans tout le reste de la coupe, on constate les caractères d'un véritable tissu osseux : ostéoplastes imparfaits, mais cellules disposées en séries concentriques, formant des lamelles qui entourent les canaux de Havers, où se trouvent les vaisseaux de la moelle adipeuse. Par places, surtout à la limite de ce tissu et de la couche fibreuse, de

grandes anfractuosités remplies également de moelle adipeuse sont limitées par des travées osseuses assez irrégulières.

La tumeur est bien un ostéome. Elle provient du périoste et non de l'os lui-même.

OBSERVATION VI.

Exostose sous-unguéale enlevée avec succès. Guérison constatée sept mois après par Malgaigne.

(Revue médico-chirurg., 1853, tom. XIV, pag. 368).

Malique, âgé de 16 ans, orfèvre, entre le 7 mai dans mon service pour une exostose sous-unguéale du gros orteil. D'une bonne santé habituelle, d'une constitution sèche et nerveuse, il s'était aperçu depuis six mois, sans cause connue, d'un soulèvement de l'ongle du gros orteil droit et d'une augmentation du volume de la phalange. C'était surtout le côté interne de la phalange qui était affecté ; le malade y éprouvait des douleurs qui devenaient très vives lorsqu'il fatiguait un peu, et il était décidé à toute opération nécessaire pour le guérir.

La maladie se révélait d'ailleurs au premier aspect ; le bord interne et supérieur de la phalangette était exhaussé par une tumeur dure, immobile, à large base, faisant évidemment corps avec l'os. L'ongle était sain, dévié seulement de sa direction normale, et la partie interne de l'orteil, qu'il ne recouvrait plus offrait quelques fongosités peu élevées.

Le 10 mai, le malade étant préalablement chloroformisé, avec un fort bistouri tenu à pleine main comme un canif, j'enlevais d'arrière en avant la portion de l'ongle soulevée par la tumeur, sans toucher à sa matrice ; je mis ainsi à découvert l'exostose, dont le tissu était rougeâtre et mou, et je la réséquai par tranches avec le bistouri jusqu'au niveau de la phalange ; alors le tissu dense de l'os ne permettait plus au bistouri d'aller plus loin, et cependant le tissu rouge et spongieux de l'exostose semblait s'enfoncer dans la phalangette. Je le déracinai très facilement avec la gouge et ne m'arrêtai qu'en arrivant au tissu sain, qui se distinguait par sa teinte

grisâtre et sa consistance plus grande. Il restait alors une sorte de petite cupule creusée dans le tissu osseux, que je remplis avec une petite boulette de charpie.

Le 13, on lève l'appareil. Déjà des bourgeons charnus apparaissent au fond de la petite plaie ; pas d'inflammation aux environs. — La cicatrisation marche sans accidents, et le 30 mai la plaie était tout à fait guérie et de niveau avec les parties voisines, la partie de l'ongle qui avait été enlevée commençait à repousser. Le malade appuyait sur l'orteil et marchait sans la moindre douleur ; il fut renvoyé de l'hôpital.

Depuis, Malgaigne revit le malade ; il fit demander de ses nouvelles et il apprit que la guérison ne s'était pas démentie.

Vu :
Le Président-Censeur,
BOUISSON.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale.

Théorie et application des appareils thermo-électriques.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Définir le fruit et faire connaître les différentes parties dont il se compose.

Anatomie.

Origine et distribution des arcades artérielles.

Anatomie Pathologique et Histologie.

De la gangrène au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions,

Pathologie médicale ou interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Diagnostic différentiel de la cataracte.

Thérapeutique et Matière médicale.

De l'ergot de seigle et de ses indications.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et Toxicologie.

De la superfétation.

Hygiène.

De l'utilisation des eaux d'égouts.

Accouchements.

Des changements de position de l'utérus aux diverses époques de la grossesse.

Clinique interne.

Des récidives dans la fièvre éruptive.

Clinique externe.

Des diverses espèces d'ophtalmie et des moyens de les reconnaître.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire des actes chez les aliénés.

Titre de la Thèse à soutenir.

De l'Exostose sous-unguéale.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
